

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o

155

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 20 janvier 1898, à 1 heure

Par DROUIN HENRI

Né à Avesnes-sur-Helpe (Nord), le 9 janvier 1870

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

QUELQUES CAS

DE

SCLÉRODERMIE LOCALISÉE

A DISTRIBUTION MÉTAMÉRIQUE

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. JACCOUD, professeur.

MARFAN, } *agréés.*
ACHARD, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

155

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 20 janvier 1898, à 1 heure

Par DROUIN HENRI

Né à Avesnes-sur-Helpe (Nord), le 9 janvier 1870

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

QUELQUES CAS

DE

SCLÉRODERMIE LOCALISÉE

A DISTRIBUTION MÉTAMÉRIQUE

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. JACCOUD, professeur.

MARFAN, } *agréés.*
ACHARD, }



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomic.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N...
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ N...
	{ PINARD.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOURETTE	NELATON.	THOINOT.
BAR.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	POIRIER, Chef de tra-	VARNIER.
BROCA.	HEIM.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARBIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
Pierre DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A MA FAMILLE

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR THIBIERGE

MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA PITIE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Etant dans le service de M. le D^r Thibierge à l'hôpital de la Pitié, nous avons eu l'occasion d'observer deux cas de sclérodémie en bandes et notre maître voulut bien nous engager à profiter de ces circonstances pour étudier quels rapports topographiques les lésions de sclérodémie localisée peuvent présenter avec la métamérie. Cette étude fera le sujet de notre thèse inaugurale.

Avant d'entrer dans cette étude, avant de définir ce qu'est la métamérie, et ce qu'il faut entendre par sclérodémies localisées, nous tenons à offrir le témoignage de notre respect et de notre entière reconnaissance à M. le D^r Thibierge qui nous a toujours marqué une grande bienveillance, pendant l'année d'externat que nous avons passée dans son service.

MM. les professeurs Berger, Debove, Dieulafoy, Duval, Farabeuf, Jaccoud et Pinard dont nous avons eu le bonheur d'être l'élève à la Faculté ont droit à toute notre gratitude.

Que M. Faisans dans le service de qui nous avons passé deux trop courtes années et MM. Humbert, Hippolyte Martin et Routier dont nous avons été l'externe reçoivent le témoignage de notre respect avec tous nos remerciements pour les leçons cliniques qu'ils ont bien voulu nous prodiguer.

Mille remerciements aussi à nos amis J. Bourguignon et E. Genlot qui ont bien voulu nous apporter leur aide dans la traduction des ouvrages allemands.

M. le professeur Hutinel, en acceptant la présidence de cette thèse, nous fait un très grand honneur. Nous le prions de croire à toute notre gratitude et à notre plus profond respect.

CHAPITRE PREMIER

De la métamérie.

La théorie métamérique a été exposée avec ampleur par M. Brissaud dans des leçons publiées par le *Bulletin médical*, 8 et 26 janvier, et par la *Presse médicale*, 12 janvier 1896. M. Marinesco dans ses lettres de Londres fait une revue des travaux des auteurs anglais sur cette question. MM. Achard, G. Ballet, Hallopeau, soit dans des leçons, soit dans des communications à la Société médicale des hôpitaux, ont fait à la clinique des applications de cette théorie. Nous avons cru, pour la rédaction de ce chapitre devoir nous inspirer des travaux de ces auteurs ainsi que de ceux de Houssay, de Head, Allen Starr, Thorburn, de Hertwig et de Chipault.

Dans son développement ontogénique, l'homme reproduit à un moment donné certains stades que nous observons dans la série phylogénique. De même que le corps de la sangsue peut être décomposé en un certain nombre de segments ayant tous entre eux une valeur égale, homodynamie, on peut retrouver chez l'homme une semblable segmentation dès les premières heures de la vie embryonnaire. Ce fait, admis aujourd'hui par tous les embryologistes, avait été perçu par Dugès lorsqu'il étendit à tous les embranchements, ordres, familles, genres et espèces du genre animal la démonstration, faite dès 1826 par Mo-

quin-Tandon, de la possibilité de diviser le corps des annélides en plusieurs segments ayant tous une valeur équivalente, qu'il appela zoonites. Ces zoonites de Moquin-Tandon ne sont autre chose que les métamères de Hækel. Aussi peut-on avec M. Brissaud définir ainsi le métamère : « Le métamère est toute portion de l'être encore fragmentaire possédant en soi l'ensemble des propriétés ou attributions de l'être définitivement achevé. »

Chez les êtres supérieurs, cette ordonnance primitive disparaît. A l'état physiologique, c'est à peine si, à première vue, on peut retrouver cette segmentation au niveau du tronc de l'homme ; mais, quelles que soient les variations ultérieures de nos organes, chacun des segments primitifs dont nous avons été formés aux premières heures de la vie embryonnaire, conserve indéfiniment le souvenir matériel de la fragmentation initiale. Si nous voulons être quelque peu éclairés sur la persistance de cette segmentation, nous devons nous transporter sur le terrain de l'embryogénie, et suivre pas à pas l'embryon dans tout le cours de son évolution. Nous voyons alors comment, peu à peu, par suite de l'élévation de la moelle, par suite du développement des membres, le métamère nerveux perd les rapports immédiats qu'il avait avec le métamère musculaire, sans toutefois cesser d'être en relation avec lui. Dans cette étude du développement embryonnaire, nous ne pouvons mieux faire que de suivre M. Brissaud et de rapporter ce qu'il dit à ce sujet.

« A l'état embryonnaire, chez l'homme, chez tous les vertébrés supérieurs, le métamère est pourvu d'un appareil nerveux. Ce dernier, tronçon du système nerveux total,

est représenté, non pas par une double paire de racines déjà sensitivo-motrices, implantées sur le névraxe primitif, mais par une paire de simples saillies latérales dessinant un profil sinueux sur les côtés de la future moelle. M. Houssay a appelé neurotome ce segment de l'axe nerveux rudimentaire. C'est surtout le neurotome, subdivision transitoire de l'axe spinal constitué ultérieurement chez l'adulte, comme chez l'enfant, le fœtus ou l'embryon, par une double paire radiculaire, qui caractérise le métamère nerveux sur la région médiane. Sur les côtés la métamérie est dirigée par le développement des muscles qui proviennent directement des segments primordiaux. « C'est, dit Hertwig, la disposition de la musculature qui exprime la métamérisation, la segmentation primitive, et la plus ancienne du corps du vertébré. » Les neurotomes et les métamères musculaires ou myomères, restent en corrélation, mais sans affrontement nécessaire et surtout durable. L'ascension de la moelle supprime rapidement les rapports immédiats des uns et des autres.

Donc une paire de nerfs rachidiens formés chacun par deux racines symétriques et de même niveau, immédiatement ou médiatement, correspond à un étage périphérique sinon de même niveau, du moins de même numéro.

Quelles que soient les modifications morphologiques survenues progressivement à la périphérie par le fait d'une fusion insensible entre les métamères superposés et aussi quelle que soit l'intimité qui s'établit entre les neurotomes d'étages différents par la croissance des prolongements des neurones, il est de toute évidence que chacun des segments de l'être parachevé reste aussi en connexion phy-

siologique avec son neurotome primitif. Chaque étage de l'individu adulte est relié par des nerfs sensitifs à un étage spinal déterminé qui gouverne et dirige son activité nutritive.

Il n'est pas difficile de se représenter cette transformation de la configuration extérieure s'effectuant autour d'un axe nerveux médian, relativement invariable, identique à lui-même d'un bout à l'autre sur toute sa hauteur, et conservant la disposition en neurotomes échelonnés de la période embryonnaire.

L'embryon grandit, des bourgeons deviennent visibles sur les parties latérales, annonçant les membres qui vont rapidement s'accroître jusqu'à dépasser la longueur du tronc. Du même coup, l'uniformité des segments périphériques disparaît, chacun d'eux, toujours tributaire de son neurotome projette au loin ses éléments constitutifs de plus en plus complexes, de plus en plus distants de la gouttière nerveuse primitive. Ainsi tout métamère entraîne au loin les nerfs issus de son neurotome précédés et guidés par un cône de croissance. On conçoit sans peine qu'une paire nerveuse, au sortir du renflement lombaire, s'allonge et en quelque sorte s'étire de façon à fournir les rameaux sensitifs ou moteurs des segments métamériques aux dépens desquels le membre inférieur s'est formé. »

La collaboration de plusieurs métamères à la formation d'un membre est indiquée aux membres supérieurs par la persistance de la disposition segmentaire sur des plans étagés les uns au-dessous des autres et sensiblement parallèles. Ce fait se traduit en anatomie par la superposition des cinq nerfs brachiaux. Schwalbe l'avait remarqué il

y a déjà plusieurs années et il nous faisait observer que « la région radiale du membre supérieur est innervée par les nerfs axillaire et musculo-cutané, dont les fibres proviennent des cinquième, sixième et septième racines cervicales ; tandis que, au contraire, le brachial cutané interne et le cubital, qui se distribuent à la région cubitale du membre, proviennent de la huitième racine cervicale et de la première racine thoracique ».

L'observation clinique nous apporte de son côté des résultats encore plus probants sur la réalité de la métamérie du membre supérieur. On n'aura plus aucun doute sur cette réalité, si l'on veut bien consulter le schéma donné par Allen Starr, reproduit par M. Brissaud dans la *Presse médicale* du 11 janvier 1896, et où sont représentées les zones d'anesthésie correspondant aux lésions traumatiques des cinq dernières racines cervicales et de la première dorsale. Ces zones métamériques n'y paraissent être autre chose que la continuation, comme tentaculaire, des métamères cervico-thoraciques aux dépens desquels le membre s'est formé.

Il ne faudrait pas cependant se hâter de dire que cette division du membre supérieur répond absolument à la métamérie spinale. Les racines, en effet, n'indiquent que d'une façon approximative la segmentation des étages médullaires ; nous allons, du reste, expliquer bientôt ce fait.

Au membre supérieur, on voit les nerfs rachidiens former encore avec la ligne spinale des angles presque droits, mais, dès que l'on se rapproche de la région lombaire, ces mêmes nerfs tendent à devenir verticaux. Plus

on se rapproche des nerfs inférieurs, plus les angles qu'ils forment avec l'axe spinal sont obtus. Les paires rachidiennes qui innervent le pied et qui émergent de la queue de cheval sont plus obliques que celles qui sont destinées à la cuisse et qui proviennent de la région lombaire. Ici les départements radiculaires ne se présentent plus comme aux membres supérieurs sous la forme de tranches parallèles. Cela tient à ce que les membres supérieurs émanent d'une région qui reste indéfiniment métamérisée, tandis que les membres inférieurs proviennent de masses prévertébrales où la métamérie devient rapidement méconnaissable. Cette métamérie est particulièrement difficile à retrouver à la face postérieure de ces membres, cette recherche est bien simplifiée lorsque l'on s'aide des schémas de Thorburn (in *Brain*, 1893) et que l'on examine ce qui se passe à la période embryonnaire ; on comprend pourquoi, par suite de la disposition du fœtus dans l'œuf, la face interne de la cuisse et de la jambe correspond à un étage spinal supérieur à la face externe. A cette période du développement, le fœtus est disposé dans l'œuf de telle façon que la face externe du membre inférieur regarde en arrière et sa face interne en avant. Aussi tandis que la face externe de la jambe et de la cuisse est innervée par des racines sacrées, la face interne est innervée de haut en bas par des racines lombaires.

Il ne faudrait pas, cependant, vouloir trop simplifier les choses et considérer chaque paire nerveuse comme équivalente à un métamère spinal. Les étages médullaires ne commandent pas les zones périphériques exclusivement

par une seule racine. Toute racine, aussitôt après son entrée dans la moelle, plonge dans la substance grise et se divise en deux branches verticales, l'une ascendante, l'autre descendante, pourvues chacune de nombreuses collatérales qui se terminent à des niveaux très différents. Leur trajet est encore plus complexe dans la moelle que dans les plexus. C'est ce qui rend chez l'homme adulte, le problème si ardu. Problème qui nous paraîtrait peut-être impossible à résoudre si certaines modalités pathologiques ne venaient à notre aide et ne nous permettaient de nous expliquer certaines dispositions anatomiques dont la dissection ne peut nous rendre compte.

Ce sont ces modalités pathologiques qui ont été utilisées par Head pour élucider en grande partie le problème si complexe et si intéressant des localisations sensitives radiculo-spinales. Cet auteur s'est attaché à établir que les lésions viscérales du foie, du cœur, du poumon, etc. s'accompagnent de zones hyperesthésiques qui occupent sur le tégument des situations variables suivant les organes lésés, mais assez fixes pour chaque organe. Dans ces zones il existe un maximum d'hyperesthésie qui est le siège de l'éruption zostérienne. Le nombre et la topographie des zones ainsi délimitées par Head représentent un facteur constant.

Voici celles qu'il a trouvées pour le tronc et pour les membres :

Zone dorso-cubitale (D 1). Elle est très souvent le siège de douleurs et aussi d'hyperesthésie dans les maladies du cœur. Les paroxysmes douloureux laissent quelquefois subsister après eux de l'hyperesthésie superficielle. Cette

zone présente trois maxima d'hyperesthésie, un postérieur sur la 1^{re} vertèbre dorsale, de chaque côté de la ligne médiane, un antérieur coupant le deuxième espace intercostal ; le troisième se trouve sur le côté interne de l'avant-bras, immédiatement au-dessous du pli du coude.

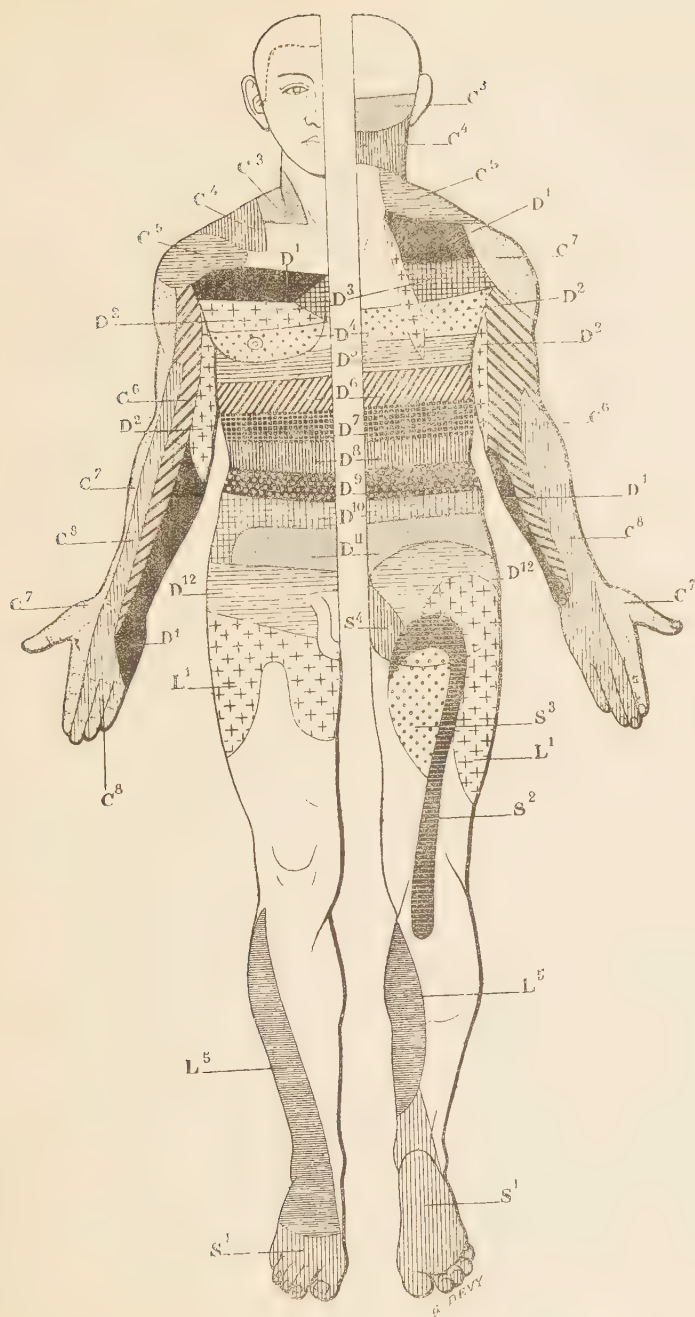
Zone dorso-brachiale (D 2) et scapulo-humérale (D 3). Head n'a pas vu un seul cas où ces deux zones aient été séparées complètement. Le maximum d'hyperesthésie de la zone dorso-brachiale se trouve situé à la partie postérieure sur l'épine de l'omoplate ; le maximum antérieur dans le troisième espace intercostal, du côté interne de la ligne mamelonnaire.

Zone dorso-axillaire (D 4). Elle est souvent prise dans les affections pulmonaires. Trois points maxima d'hyperesthésie ; l'un situé sur le bord postérieur de l'omoplate, le deuxième près de l'aisselle, le troisième sur le mamelon, qui est toujours douloureux quand cette zone est affectée.

Zone scapulo-axillaire (D 5). Cette zone est le siège de l'hyperesthésie dans les affections douloureuses de la glande mammaire. Le malade se plaint de douleurs entre les omoplates et en avant au-dessous du mamelon.

Zone sous-scapulo-sous-mammaire (D 5). Deux points maxima : le premier en dedans de l'angle de l'omoplate ; le deuxième dans le septième espace intercostal, au-dessous du mamelon.

Zone sous-scapulo-xyphoïdienne (D 7). Deux points maxima : le premier siège au-dessus de l'appendice xyphoïde, le deuxième s'étend de la ligne médiane vers l'angle inférieur du scapulum.



Zone épigastrique moyenne (D 8). Deux points maxima: le premier dans le huitième espace intercostal, le deuxième à cinq centimètres au-dessous de l'angle de l'omoplate.

Zone supra-ombilicale (D 9). Deux points maxima. Le premier au niveau de la 9^e côte, le deuxième au-dessous et en dehors de la onzième apophyse épineuse.

Zone sous-ombilicale (D 10). Deux points maxima. Le premier au niveau de la douzième côte, le deuxième à 2 centimètres et demi en dehors de l'ombilic.

Zone sous-iliaque (D 11). Deux points maxima. Le premier sur la cinquième vertèbre lombaire, et la première sacrée, le deuxième sus-jacent à l'anneau inguinal interne. Ces deux points se rencontrent fréquemment dans les affections des viscères pelviens.

Zone sacro-fémorale (D 12). Deux points maxima. Le premier au-dessous de la crête iliaque, le deuxième au-dessus du ligament de Poupart.

Zone glutéo-crurale (L 1). Cette région, qui n'est presque jamais atteinte isolément, présente un ou deux points maxima d'hyperesthésie : l'un antérieur situé à la face interne et au-dessous du genou, l'autre siégeant sur le grand trochanter.

Comme on le voit sur les figures de Head après la première zone lombaire, il se produit une disparition des zones d'hyperesthésie, zones qui ne reparaissent plus qu'avec la cinquième lombaire. En effet, les deuxième, troisième, quatrième lombaires ne contiennent pas de fibres en rapport avec les réactions viscérales.

L 5, S¹, S², S³, S⁴ entrent dans la constitution des zones sacrées, lesquelles sont le siège d'hyperesthésie d'origine

viscérale, c'est dans ces zones également qu'il existe des éruptions zostériennes.

Les troubles profonds des viscères pelviens retentissent sur les zones indiquées, S¹, S², S³, S⁴. Ainsi dans certains cas de prostatite, il y a de la douleur et de l'hyperesthésie correspondant à la zone S².

Dans le schéma reproduit ici, il importe de remarquer que les cinquième, sixième, septième et huitième zones ne sont pas le siège de l'action viscérale.

Les zones d'hyperesthésies crâniennes et faciales dues à une affection des organes situés à ce niveau sont :

Zone fronto-nasale, zone orbitaire moyenne, zone temporo-frontale, zone temporale, zone du vertex ou verticale, zone pariétale, zone occipitale, zone rostrale.

Sur les parties latérales de la face on doit distinguer les régions suivantes :

Zone maxillaire, zone mandibulaire, zone thyroïdienne, zone laryngée supérieure, zone laryngée inférieure.

Les zones de la face peuvent être réparties de la façon suivante :

Zone naso-labiale, zone mentonnière.

Dans la région du cou on distingue :

Zone sterno-mastoïdienne, zone sterno-nuchale.

Head s'est appliqué à déterminer avec précision quels sont les segments de la moelle épinière auxquels répondent ces zones échelonnées, telles que nous les avons énumérées. Dans ce but il a comparé les troubles de la sensibilité dus aux lésions viscérales, aux troubles dus aux lésions traumatiques de la moelle ; il a utilisé pour cela les cas bien étudiés de Thorburn, d'Horsley, d'Oppenheim.

Il a constaté qu'il existe une analogie frappante entre la topographie de l'anesthésie dans ces cas, et les zones d'hyperesthésie trouvées par lui dans les différentes affections viscérales. La zone dorso-cubitale (D 1) par exemple affecte la même topographie que l'anesthésie correspondant au segment de la moelle épinière au niveau de la première dorsale, et ainsi de suite.

Les segments médullaires ainsi déterminés par le neurologiste anglais correspondraient par conséquent : 1° aux territoires qui sont hyperesthésiés dans les diverses affections des viscères ; 2° à la topographie de l'éruption du zona ; 3° à la limite d'anesthésie dans les diverses lésions organiques de la moelle et des racines.

Quant aux régions qui ne sont jamais le siège d'hyperesthésie dans les différentes affections viscérales (c'est-à-dire la face antéro-externe du membre supérieur et une grande partie de la face antéro-interne du membre inférieur), Head a voulu résoudre la question de savoir à quelle région nerveuse correspondent ces zones. Ces zones ne correspondent nullement à la topographie des nerfs périphériques. De ses observations, Head conclut que ces zones, de même que celles qui correspondent aux zones d'hyperesthésie dans les affections viscérales, correspondent dans la moelle à des segments superposés dans le même ordre. De ce fait, que la topographie du zona est souvent identique à celle des zones d'hyperesthésie, il tire un argument en faveur de la nature spinale des hyperesthésies viscérales.

Ross, Thorburn, Head, s'accordent enfin à reconnaître que la topographie des zones d'hyperesthésie locale au

cours des lésions viscérales est en relation avec la disposition segmentaire des voies sensibles de la moelle, et cette disposition segmentaire est en rapport avec la métamérie des centres nerveux. De nombreuses applications cliniques sont déjà venues sanctionner ces conclusions.

CHAPITRE II

Des sclérodermies localisées.

La sclérodermie est une affection caractérisée par l'induration de la peau, la transformation fibreuse ou scléreuse du derme, survenant sans lésion antérieure.

On doit distinguer deux formes de sclérodermie : la sclérodermie diffuse, et les sclérodermies localisées partielles ; celles-ci comprennent : 1° la sclérodactylie qui accompagne souvent la sclérodermie diffuse ; 2° la sclérodermie en bandes ; 3° la sclérodermie en plaques ou morphee.

Nous bornerons notre étude à ces deux dernières formes de sclérodermie localisée ; la sclérodermie en bandes et la sclérodermie en plaques.

Ayant l'intention de faire simplement une revue rapide de l'état actuel de nos connaissances sur ces dermato-scléroses, nous prions nos lecteurs de se reporter, pour l'étude historique, à la thèse d'Horteloup, 1863, ou aux travaux de Ball, Bouttier, Collin ou Wolters.

Sans rechercher si Hippocrate (*Traité des épidémies*, liv. V, chap. IX), Galien, Paul d'Egine, Oribase, Aëtius, si au XVII^e et au XVIII^e siècles, Zacutus Lucitanus, Helvétius, Curcio, Haller en rapportent quelques vagues observations, nous dirons seulement que cette forme de sclé-

rodermie avait été entrevue par Alibert en 1817, qui en rapporta brièvement deux cas incontestables.

L'histoire de la sclérodermie partielle ne date réellement que du travail d'Addison (1854) qui la décrit et lui donna le nom de chéloïde vraie, en la rapprochant de la chéloïde d'Alibert. En 1867, Hilton Fagge sépara ces deux chéloïdes l'une de l'autre, et décrit la morphée dont il fit un type morbide distinct de la sclérodermie. Depuis, on a surtout discuté sur l'identité de la morphée et de la sclérodermie, et sur l'anatomie pathologique de ces lésions. A ces discussions se rattachent les noms de Wilson, de Hardy, de E. Vidal, de Pautry, de Besnier, de Duhring.

Description clinique. — « Dans (1) toutes les formes de la sclérodermie les portions sclérosées de la peau sont dures, d'une consistance rappelant celle du lard ou du carton, leur surface est régulière, lisse; les plis normaux de la peau ont disparu; le pourtour de la portion sclérosée est souvent marqué, soit par une zone de dilatations vasculaires de coloration violacée qui présente toute sa netteté dans certaines variétés de sclérodermies localisées, soit par une pigmentation brunâtre plus ou moins étendue et plus ou moins foncée. La sclérose peut occuper seulement le derme ou envahir simultanément le tissu cellulaire sous-cutané et même des tissus plus profonds, d'où une épaisseur variable des couches scléreuses. Au niveau des parties sclérosées, la sécrétion sudorale est supprimée et les poils disparaissent. »

Dans la sclérodermie en bandes, la sclérose est consti-

(1) THIBIERGE, *Traité de médecine*, Charcot et Bouchard, t. II, art. Sclérodermie, p. 438.

tuée de bandes disposées le long des membres, et autour du tronc, ces bandes rappellent ordinairement la direction des nerfs périphériques, comme dans le zona. D'après l'étude de nos observations nous verrons que, si ordinairement la sclérodermie en bandes semble reproduire le trajet des nerfs périphériques comme dans le zona, comme dans le zona aussi, la localisation des bandes de sclérodermie peut quelquefois ne pas se rapporter à un trajet nerveux connu.

La sclérodermie en plaques débute par de petites taches rosées, arrondies ou ovalaires qui atteignent des dimensions variables, ces taches sont généralement isolées, blanchissent au centre et prennent une coloration nacrée, tandis qu'elles s'entourent d'un liseré rose, le « lilac ring » de Tilbury Fox. La morphée est unique ou multiple ; unilatérale, ayant parfois la disposition zoniforme (Besnier) ou bilatérale et symétrique.

Anatomie pathologique et pathogénie. — Les examens anatomiques de sclérodermie ont donné peu de résultats, et l'on discute encore pour savoir si le point de départ du processus scléreux doit être attribué aux lésions vasculaires ou aux lésions nerveuses, que celles-ci dépendent du grand sympathique, de la moelle, des ganglions spinaux, ou des nerfs périphériques.

Dans la sclérodermie en bandes, les bandes de sclérodermie correspondent à des trajets ou à des départements anatomiques connus : aussi, lorsqu'il s'agit d'en interpréter la pathogénie, tous les dermatologistes sont d'accord pour accepter la théorie nerveuse.

Quant à la sclérodermie en plaques, on se demande

encore s'il faut en faire une espèce nosologique distincte de la sclérodermie en bandes. Pour M. Besnier, ces deux affections ne diffèreraient l'une de l'autre que par leur étendue en plus ou en moins. Pour nous notre rôle se bornera simplement à constater que la sclérodermie en bandes et la sclérodermie en plaques ont été toutes deux rapprochées du zona quant à leur localisation, et c'est ce rapprochement qui va nous permettre d'étudier la disposition métamérique de quelques cas de sclérodermie localisée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Sclérodémie en bandes, localisée au sommet gauche du thorax, au membre supérieur gauche et au membre inférieur du même côté. — Obs. personnelle recueillie à la polyclinique du Dr THIBIERGE.

Berthe P..., âgée de 21 ans, sans profession, se présente en février 1896, à la polyclinique dermatologique de l'hôpital de la Pitié, elle présente sur le thorax et les membres des lésions de sclérodémie en bandes.

Ses parents sont bien portants. Elle-même se porte bien et n'a eu comme maladie qu'une pleurésie il y a quatre ans ; cette pleurésie a été traitée sans ponction.

Depuis sa naissance, elle n'a jamais quitté Paris ou Asnières qu'elle habite depuis douze ans.

Elle a été réglée à 14 ans ; ses règles sont régulières, mais douloureuses.

Le cœur et le poumon sont normaux.

Le corps thyroïde est normal.

Cette jeune fille paraît assez intelligente, elle accuse un certain degré de nervosité, se met facilement en colère, pleure et rit pour un rien. Les réflexes pharyngien et cornéen sont diminués. Elle n'a jamais eu de sensation de boule hystérique, pas de point ovarien, le champ visuel est normal.

Le début des lésions, a passé inaperçu. Il y a cinq ans, la malade en faisant sa toilette a constaté qu'elle présentait à la partie supérieure et interne du bras gauche une petite plaque dure, arrondie, de la dimension d'une pièce de 0,50 centimes. Cette lésion s'est étendue ra-

pidement, a gagné la partie postérieure du bras en même temps que la malade constatait la présence d'autres lésions sur l'avant-bras, la main, sur la partie antérieure de l'aisselle, la région mammaire et le dos. Les lésions progressaient sous forme de bandes disséminées, d'une couleur violacée qui s'accroissait sous l'impression du froid, cette coloration s'est atténuée peu à peu, pour prendre une teinte jaunâtre en même temps que la consistance s'est accrue. Six mois après le début des lésions, apparut une nouvelle bande sur le dos du pied gauche. A cette époque, elle se présenta à l'hôpital Saint-Louis où elle fut vue pour la première fois par M. le Dr Thibierge.

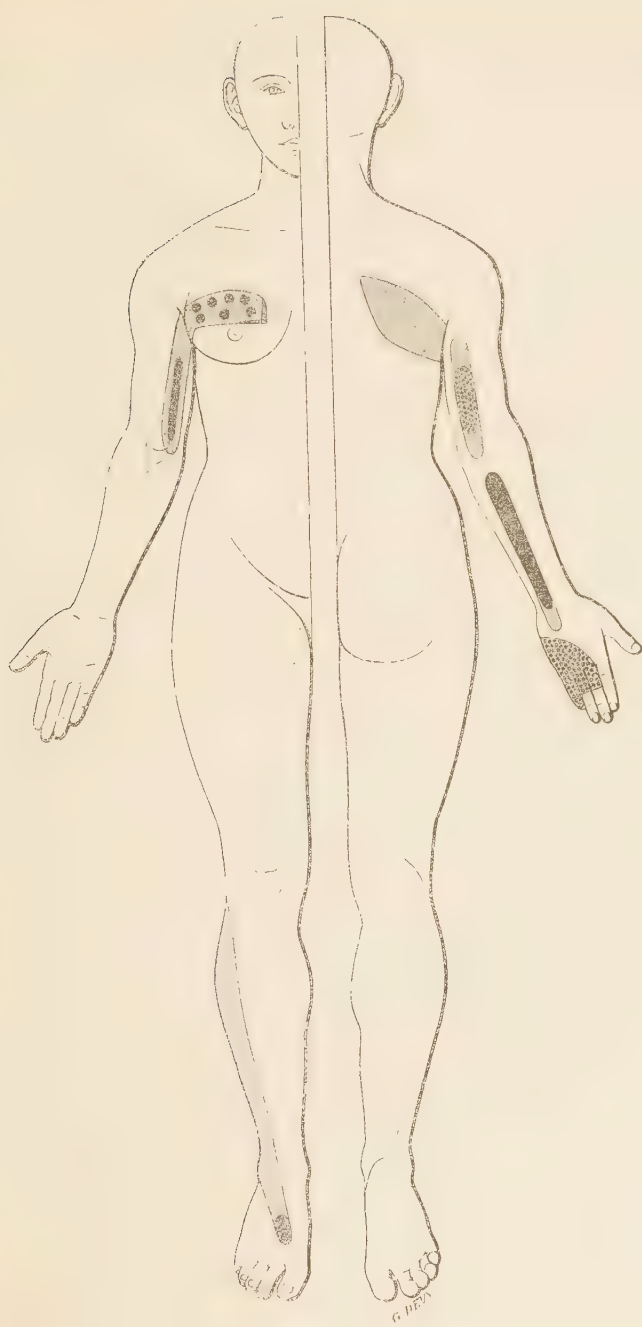
Actuellement, la malade présente les lésions que nous avons essayé de topographier sur le schéma ci-contre.

La plaque de la région sus-mammaire est dans la plus grande partie de son étendue de coloration blanc jaunâtre, à surface un peu irrégulière, recouverte d'épiderme brillant mais légèrement plissé et de consistance lardacée. Même dans la portion blanche, on voit de place en place quelques dilatations vasculaires violacées rappelant l'aspect de la couperose. Vers sa partie supérieure, la plaque a perdu sa coloration blanc jaunâtre et une grande partie de sa consistance ; elle est représentée par une coloration brune en plaques un peu diffuses, reposant sur un fond vascularisé par de fines dilatations variqueuses.

La plaque sous-mammaire ne présente plus d'induration et n'est plus représentée que par une pigmentation tachetée, et également par des dilatations vasculaires.

La bande située en dedans du bord interne du biceps est également formée à sa partie centrale par un tissu blanc jaunâtre, dur, parcouru par des dilatations vasculaires plus apparentes que sur la plaque du sein. A sa périphérie on voit également des zones à dilatations variqueuses moins prononcées et un très léger liséré violacé, ayant l'aspect du lilac ring des auteurs anglais, tirant un peu sur le bleu. Au niveau de ce lilac ring, l'épiderme est brillant, aminci, les plis sont exagérés, cette portion de la plaque est certainement en voie de régression et non d'extension.

A la partie postérieure, sur l'épaule, la plaque est simplement marquée par une pigmentation brun chamois, tachetée par quelques dila-



tations vasculaires à la périphérie, très peu apparente, et, à un examen attentif, par un aspect un peu plus brillant de l'épiderme. La coloration brune est d'ailleurs en voie de disparition et moins prononcée qu'il y a quelques mois.

Sur le bras la consistance des lésions est un peu augmentée et comme œdémateuse, cependant ces lésions ne prennent pas l'empreinte du doigt. L'épiderme est aminci, les plis exagérés. La plaque présente une coloration générale un peu plus pâle, parsemée de quelques taches pigmentées et de quelques placards de dilatations capillaires, variqueuses.

Sur l'avant-bras la consistance de la plaque est plus considérable, celle-ci est comme plaquée sur les os. Son aspect est à peu près le même que sur le bras ; cependant les plis épidermiques sont plus accusés et les dilatations vasculaires moins apparentes.

Sur les mains, les lésions ne s'accusent que par l'aspect brillant et l'exagération des plicatures épidermiques. Tout au plus constate-t-on qu'à la partie interne de la main, la peau est un peu moins souple qu'à la partie externe. Lésions identiques sur les premières phalanges des deux derniers doigts et sur la partie externe du médius.

Sur le dos du pied, les lésions sont assez accentuées, constituées par une plaque lardacée, d'un blanc jaunâtre, allongée suivant l'axe du pied et entourée par des dilatations vasculaires très apparentes. Cette plaque va en s'atténuant vers la région malléolaire externe pour se réunir à celle de la jambe, où l'épiderme est plissé, et aminci comme écailleux.

En aucun point, on ne constate de dégénérescence musculaire, surtout la réaction électrique est intacte.

Les réflexes patellaires sont normaux.

Au niveau des bandes sclérosées, la sensibilité au tact et à la température est normale, un peu d'hyperesthésie à la piqure.

Nous avons manifestement affaire ici à un cas de sclérodermie en bandes. L'intérêt principal de l'étude de ce cas nous paraît résider surtout dans la localisation des lésions.

Remarquons d'abord que cette localisation ne présente nulle connexion avec la répartition normale du système vasculaire cutané normal. Nous n'avons donc qu'à examiner quels sont ses rapports avec le système nerveux. Ces rapports existent-ils entre la disposition anatomique de ces bandes et les lignes de Voigt, c'est-à-dire les districts de séparation entre la sphère d'action de deux nerfs cutanés voisins ? Evidemment non.

Ces bandes ne suivent pas davantage le trajet de nerfs connus ; mais peut-être sont-elles distribuées suivant des départements anatomiques connus. Essayons de superposer ces lésions aux schémas donnés par Testut (*Nérrologie*, page 815) et nous voyons que pour expliquer ces localisations il faudrait admettre une lésion de trois nerfs intercostaux, de l'accessoire du brachial cutané interne, du radial et du cubital, pour le membre supérieur. Pour le membre inférieur, il faudrait admettre une lésion frappant le cutané péronier et le saphène externe (TESTUT, *Nérrologie*, page 857). Ces lésions sont trop nombreuses et surtout trop disséminées pour pouvoir être invoquées ici. Voyons donc si la théorie métamérique pourra nous fournir une explication plus satisfaisante.

Reportons-nous aux schémas donnés par Head, et nous constatons que ces lésions correspondent exactement aux segments suivants ; premier et deuxième segments dorsaux, 7 et 8° segments cervicaux. L'on s'explique alors facilement comment une lésion peut frapper quatre segments superposés alors qu'il était difficile de se figurer des lésions frappant un peu au hasard et se portant indistinctement sur tel ou tel nerf. De même, au membre inférieur, on au-

rait à constater des lésions portant sur deux segments superposés : 5^e lombaire et premier sacré.

OBSERVATION II.

Bien que les nævi et les sclérodermies localisées ne présentent aucun lien de parenté nosologique, nous ne pouvons résister au désir de rapporter l'observation suivante en raison du siège de la malformation qui en fait le sujet et qui est exactement superposable au siège de la sclérodermie en bandes qui fait le sujet de la précédente.

Nævus verruqueux à localisation métamérique, se rapportant aux 2^e, 3^e, 4^e segments dorsaux. — Observation personnelle recueillie dans le service de M. le Dr THIBIERGE.

M. Georges H..., âgé de 30 ans, peintre en bâtiments, se présente en novembre dernier à la consultation de dermatologie de l'hôpital de la Pitié.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et familiaux ; il n'a jamais été malade, il est bien conformé et serait parfaitement constitué sans la déformation qui l'amène à l'hôpital.

Celle-ci se présente sous forme de placards cohérents constitués par des groupes de bandes, obliques par rapport à l'axe médian du corps, ces bandes sont légèrement saillantes, dures à la pression, de couleur jaune chamois, d'aspect verruqueux. Les lésions sont apparues, au dire du malade, il y a six mois.

La réunion de ces groupes ou placards constitue une sorte de diagonale tirée en travers de la face antérieure gauche du thorax. Elle part du bord droit du sternum au niveau du sixième espace intercostal, pour aboutir au bord inférieur de la face antérieure de l'aisselle gauche, elle passe entièrement au-dessus de l'aréole du mamelon gauche qu'elle n'atteint en aucun endroit.

Dans l'aisselle, une bandelette verruqueuse, longue de 5 centimètres, large de 2 centimètres, s'étale sur le bord inférieur du grand pectoral.

Sur la partie supérieure et interne du bras gauche, on trouve également une bandelette verruqueuse, longue de 8 centimètres, large de 2 centimètres, qui s'étend en dedans du bord interne du biceps et parallèlement à lui.

Si l'on veut bien se reporter à l'observation précédente, on constatera l'identité du siège des deux lésions. Ici, pas plus que là, il n'y a aucune connexion avec la répartition du système vasculaire normal, ni avec la direction des vaisseaux lymphatiques.

Cette direction générale, qui est manifestement oblique en avant du thorax, nous fait rejeter bien loin tous les rapports avec la direction et la distribution des nerfs intercostaux, de même qu'avec les lignes de Voigt. La théorie métamérique seule nous permet de nous rendre compte de cette localisation en avant du thorax sur le bord inférieur de l'aisselle, à la partie interne et supérieure du bras, et aussi de l'envahissement de la partie droite du thorax. Consultez les schémas donnés par Head, et vous verrez correspondre ces lésions aux 2°, 3°, 4° segments dorsaux.

OBSERVATION III.

Morphée affectant la distribution d'un zona sur la poitrine et le bras
(D^r JONATHAN HUTCHINSON, *British medical Journal*, 24 juillet 1886, page 146. — Traduction de l'auteur).

Les lésions correspondent aux 1^{re} et 2^e métamères dorsaux.

Miss C. A..., âgée de 36 ans, me consulte, le 19 mars 1885, pour une éruption datant de 20 ans.

Les lésions avaient débuté, dit-elle, par le côté interne de l'avant-bras droit, la dernière année qu'elle fut à l'école ; elle ne pouvait aller sans manches et avait une faiblesse musculaire qui l'empêchait de jouer du piano.

Après une localisation de plusieurs années sur l'avant-bras, d'autres taches apparurent sur le côté droit de la poitrine, entre l'épine dorsale et le sein, et au-dessus de ce dernier.

Je trouve, dans les régions mentionnées plus haut, de larges plaques brunes et des groupes de taches disposées exactement comme celles d'un zona, suivant une ligne inclinée en bas et en avant de la poitrine » et enfin un autre groupe longitudinal sur le côté interne du bras et de l'avant-bras.

La poitrine n'est pas aussi développée du côté droit que du gauche, les muscles cubitaux de l'avant-bras sont atrophiés, mais je ne puis cependant apprécier et définir l'atrophie des muscles innervés par le nerf cubital.

Au milieu de plusieurs de ces taches brunes se trouve une plaque blanche ; la peau malade est un peu rude, mais il n'y a aucune induration bien marquée. Toutes ces plaques existent depuis 10 ou 15 ans au moins. Cependant une plaque nouvelle s'est formée sur le dos depuis moins de huit mois. Sa forme est ovale, ses dimensions sont celles d'une couronne (pièce de monnaie anglaise) ; elle est épaisse, blanche, comme charnue à son centre, et entourée d'une zone violette à peine marquée. Elle est le siège d'un léger prurit.

M. Hutchinson pense qu'il y a plusieurs nerfs intercostaux intéressés, et non seulement des nerfs intercosto-huméraux, mais probablement aussi quelques filets du brachial cutané interne et peut-être du cubital.

Si nous comparons cette observation aux deux précédentes, la localisation des lésions nous paraît devoir être beaucoup plus restreinte. Deux segments métamériques seuls seraient lésés, le premier et le deuxième dorsaux.

OBSERVATION IV.

Un cas de sclérodémie (CROCKER, *Transactions of the Clinical society of London*, 1880, page 116, traduction de l'auteur).

Correspond aux 1^{er} et 2^e segments dorsaux, aux 7^e et 8^e cervicaux.

Sarah J..., âgée de 17 ans, se présente à The East London hospital for Women and Children, le 8 décembre 1879, et m'est envoyée par mon collègue le Dr Darkin.

Elle est pâle et sujette aux faiblesses, elle reste quelquefois insensible pendant une heure ; au cours de ces faiblesses, elle tombe ; elle souffre souvent de la tête, et a des douleurs du côté gauche. Elle est réglée irrégulièrement, n'a jamais eu de rhumatisme, ne présente rien d'anormal au cœur.

Il y a quatre ans, elle a noté l'apparition de taches au niveau du poignet gauche, face de flexion, plusieurs sont apparues en même temps, et se sont étendues vers la partie moyenne de l'avant-bras ; elles ne mesuraient pas plus d'un huitième de pouce, mais se sont accrues graduellement, en se réunissant les unes aux autres. De nouvelles taches sont apparues encore récemment. Beaucoup s'élèvent maintenant distinctement au-dessus de la peau, le bord en est bien net, pas de vascularisation autour ni dans le voisinage, la peau qui les limite ne présente aucune altération ; les taches peuvent être soulevées en totalité, mais non en partie, elles sont épaissies ; deux ou trois sont pigmentées, de couleur faon, les autres sont entièrement blanches. La sensibilité est un peu moindre sur les taches qu'autour d'elles, et la malade pense avoir moins de force dans le bras affecté.

Les taches sont distribuées comme suit :

Dans le deuxième espace intercostal droit et vers sa limite interne, à un pouce à droite de la ligne médiane, existe une tache d'un demi-pouce de diamètre.

Dans le deuxième espace intercostal gauche au même niveau, mais à deux pouces de la ligne médiane, il en existe une autre, sur le côté interne de celle-ci.

Dans le troisième espace en existe une autre ; dans ce même espace on en trouve également deux autres qui ont trois quarts de pouce de

diamètre, et paraissent être à leur début, la peau y est un peu jaunâtre et commence à se tacheter légèrement.

Dans l'aisselle, à la hauteur des 2^e et 3^e espaces est un groupe d'un quart de pouce de diamètre, d'autres sont irréguliers, ont un pouce et demi et plus de diamètre, ils descendent plutôt en arrière vers le dos du bras, et vers le condyle interne ; cette chaîne de taches est presque continue. Dans la même direction mais un peu plus en avant, on trouve une autre série moins marquée ; elle commence à environ deux pouces au-dessous du condyle interne et atteint les deux tiers inférieurs de l'avant-bras.

Directement en arrière sur le sommet du bras, on trouve quelques taches qui mesurent environ trois pouces. Une autre série de taches plus petites et moins apparentes commence à trois pouces au-dessous de l'angle de l'acromion et vient directement en un point situé à deux pouces au-dessus et en face du condyle externe, en ce point existe une tache de 1 à 3/4 de pouce, puis la ligne se continue sur les deux cinquièmes de l'avant-bras. Entre ces deux lignes interne et externe en existe une troisième, commençant par de petites taches de un quart de pouce de diamètre, elle s'étend du milieu du bras jusqu'au coude, et de celui-ci jusqu'à un pouce au-dessus de la main. Les taches inférieures sont les plus larges, elles sont irrégulières et un peu pigmentées.

Cette observation est encore à rapprocher des précédentes, même disposition des lésions, à la partie supérieure du thorax, au-dessus du sein, au niveau de l'aisselle, à la partie interne et postérieure du bras, au bord interne de l'avant-bras, ces localisations sont bien celles du premier et du deuxième segments dorsaux.

Nous avons en plus à constater de nouvelles localisations, au niveau de l'épaule, au bord externe du bras, et à la partie moyenne de la face postérieure du bras et de l'avant-bras ; toutes localisations qui se rapportent aux 7^e et 8^e segments cervicaux ; segments qui naturellement sont en

rapport intime avec les premier et deuxième segments dorsaux, et nous font penser à l'existence d'une seule lésion.

OBSERVATION V.

Un cas de sclérodermie circonscrite (W. Th. CORLETT, *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1894, page 62. Traduction de l'auteur).

Correspond aux 7^e et 8^e segments cervicaux.

Mary M..., âgée de 10 ans, est une fille d'aspect intelligent, bien portante, bien qu'un peu pâle, elle a été observée pour la première fois le 4 septembre 1892 ; elle présentait sur le bras gauche des plaques de sclérodermie de grandeur et de coloration variées, plaques qui ont fait leur apparition deux ans avant. Elles sont toutes situées sur la face d'extension, et sont à différentes étapes de leur développement.

La première apparue est celle qui présente le type le plus parfait de la maladie, elle est située sur l'avant-bras environ au $\frac{1}{3}$ moyen, sa forme est allongée, elle mesure quatre pouces dans son plus long diamètre, qui correspond à l'axe vertical du membre, et deux pouces de large. Elle est manifestement rétractée au point de diminuer notablement la circonférence de l'avant-bras ; elle est déprimée au-dessous de la surface de la peau voisine, et a plus particulièrement au centre l'aspect d'un tissu de cicatrice. Examinée de plus près, elle présente une zone centrale de teinte brun jaunâtre ou cuir lavé, plus sombre sur les bords, où la surface est légèrement inégale, comme vermoulue. Elle est légèrement dure lorsqu'on la prend entre le pouce et les doigts, n'adhère pas aux tissus sous-jacents et conserve sa sensibilité normale. Pas de poils visibles en cette région. En dehors de cette zone centrale, on trouve une bordure blanc bleuâtre, très bien limitée par un bord lilacé qui s'éteint dans la peau normale. Autour de la tache les veines paraissent plus volumineuses qu'normalement. Lorsque la lésion fut remarquée pour la première fois par la malade, elle mesurait environ $\frac{1}{4}$ de dollar et était blanche.

Une autre tache, la seconde par ses dimensions et par sa situation, apparut un an plus tard. Elle est située sur le dos de la main près de la

base de l'index ; elle est étendue en dehors vers le métacarpien du pouce, elle est d'un ovale irrégulier et présente le même aspect que la lésion précédemment décrite. Pendant les quatre mois qui ont précédé la visite qu'elle me fit, huit autres taches sont apparues, sept sur le bras et une sur l'épaule, sur l'épine de l'omoplate. Elles sont toutes plus petites que celles de l'avant-bras et de la main, irrégulièrement arrondies excepté au coude, où elles sont coalescentes, formant un groupe allongé et irrégulier de couleur blanchâtre, entouré d'une teinte brillante et bordé en certains endroits de lilas. Prises entre le pouce et les doigts, ces taches présentent quelque induration, mais elles ne s'élèvent pas au-dessus de la peau voisine. La malade se plaint de vives douleurs qui surviennent par moments ; elles s'étendent derrière l'épaule, suivent la face d'extension des bras et vont jusqu'au milieu des doigts de la main gauche, les douleurs surviennent surtout en classe, lorsqu'elle écrit. Elles apparaissent trois ou quatre fois par jour pendant quelques jours, puis disparaissent pour un certain temps. Quand elle joue du piano, elle se plaint de fatigue dans la main gauche, et particulièrement dans le médus. Elle éprouve quelquefois de vives démangeaisons sur le bord des lésions.

Elle se plaint quelquefois aussi de céphalalgie frontale qui est souvent causée par le bruit ou par un mouvement trop brusque de la tête. Elle présente aussi de la sensibilité à la percussion au niveau des vertèbres cervicales inférieures et dorsales supérieures, la malade me dit qu'elle éprouve un poids et une douleur dans cette région qui devient quelquefois sensible même sous le poids des vêtements.

La sensibilité au toucher et à la piqûre est normale sur les membres et sur les plaques elles-mêmes. Pas de paralysie d'aucun muscle, ni d'aucun groupe musculaire. Les pupilles sont égales et se rétractent à la lumière. Les réflexes rotuliens existent, sont modérés, pas de trépidation épileptoïde.

Avant le début de la maladie, la malade avait toujours joui d'une bonne santé, excepté durant les premières années de son enfance, où elle eut, à différentes époques, une toux rauque, les oreillons et la rougeole. En interrogeant la mère, elle rapporte que la malade, à l'âge de 5 ans, est tombée d'un balustre, se frappant le dos contre terre, on

ne fit pas grande attention à cet accident, car il n'apporta pas de trouble notable, on n'y pensa plus jusqu'au moment où l'attention fut attirée par la sensibilité de la partie supérieure de l'épine dorsale.

La malade a un frère âgé de 15 ans et une sœur âgée de 3 ans. Tous deux sont robustes et bien développés pour leur âge. Le père m'affirme n'avoir jamais eu de maladie vénérienne et à part sa mère et deux de ses frères, qui sont morts de bonne heure tuberculeux, la famille des deux côtés a vécu jusque un âge avancé et a toujours joui d'une bonne santé. On ne peut trouver aucun antécédent nerveux.

1^{er} septembre 1893. — La malade est revenue, après un an d'absence. L'aspect du bras, et la conformation des lésions se sont profondément modifiés, exception faite pour le dos de la main et l'épaule. Les taches ont disparu donnant naissance à une bande d'un tissu induré de un ou deux pouces de large, étendue de l'épaule au tiers inférieur de l'avant-bras. En redressant le bras, la rétraction du tissu malade devient plus apparente. Sur le coude, la plaque pourpre est devenue d'un brun sombre. La première lésion de l'avant-bras, aussi bien que celle du dos de la main est d'une couleur sombre ou brune. La même bordure lilas persiste encore, mais s'est adoucie. La peau malade, qui était presque cartilagineuse par places, est encore plus adhérente aux parties sous-jacentes, présentant vraiment l'aspect de la sclérodermie dans son stade atrophique.

Pas de douleur ou d'autre malaise dans le bras, bien que la sensibilité soit diminuée dans les parties atteintes les premières. En me faisant serrer la main, je découvre un affaiblissement du côté affecté. La sensibilité du dos persiste sans changement sensible.

Pendant les quatre derniers mois deux taches nouvelles sont apparues sur le bras et l'avant-bras, de position et d'aspect correspondant à celles déjà décrites. Celle de l'avant-bras a $3/4$ de pouce dans son long diamètre, la lésion du bras a environ la dimension d'une dime.

En résumé, ces lésions sont localisées au sommet de l'épaule gauche, s'étendent à la face postérieure du bras, de l'avant-bras, de la main sur le bord cubital. Elles s'étalent dans le champ d'innervation de trois nerfs ; le circon-

flexe, le radial, et le musculo-cutané, et nous avons déjà vu combien il était difficile d'admettre des lésions portant sur un aussi vaste champ. Si l'on veut localiser les lésions au niveau des racines que l'on se reporte au schéma d'Allen Starr et l'on verra qu'il faut admettre ici encore que les quatrième, cinquième et sixième racines cervicales ont été touchées. Il nous paraît plus rationnel de placer le siège des lésions au niveau des 7° et 8° segments cervicaux.

Cette observation ne nous paraît pas seulement intéressante par la localisation des lésions, mais aussi par la présence de l'hyperesthésie, localisée au niveau des dernières vertèbres cervicales et des premières dorsales. Cette douleur se manifestant au niveau de la colonne vertébrale a déjà été constatée par MM. Brocq et Veillon, et dans leur observation publiée dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* de 1896, page 603, ces auteurs se demandent si, en raison de cette douleur et de la déformation de la colonne vertébrale qui existe chez leur malade, on ne doit pas rechercher la cause de la sclérodermie dans une altération de la moelle.

OBSERVATION VI.

Sclérodermie en bandes correspondant au 7^e segment cervical, et à plusieurs segments dorsaux. — Observation recueillie dans le service de M. THIBIERGE.

La nommée M..., âgée de 34 ans, se présente à la consultation de médecine de l'hôpital de la Pitié en novembre 1896 ; comme elle offrait sur le bras et tout un côté de la poitrine des lésions de sclérodermie en bandes, on l'envoie dans le service de M. Thibierge, où l'on rédige rapidement la note qui suit :

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — N'a jamais fait de maladie ; à l'âge de dix-huit ans était très nerveuse, et avait fréquemment des attaques caractérisées par un cri, des mouvements convulsifs, sans perte de connaissance, ces attaques revenaient une fois par semaine environ.

Depuis cette époque, la malade était toujours très nerveuse, mais n'avait plus eu d'attaques, lorsqu'il y a 5 mois ces phénomènes se sont aggravés. Actuellement tous les deux jours, elle est prise de tremblements qui durent deux à trois heures. Ces accès sont précédés d'une sorte d'état syncopal avec nausées et étourdissements.

Elle a été réglée à 15 ans, ses règles ont toujours été douloureuses jusque sa dernière grossesse. Elle a eu deux enfants, l'un qui a 6 ans, l'autre qui est mort il y a 5 mois et qui aurait actuellement 4 ans.

A la fin de la dernière grossesse sont survenues les lésions pour lesquelles la malade vient consulter. Sans douleurs, sans prodromes, sans traumatismes ou démangeaisons, la malade s'est aperçue que la peau de la partie externe de son bras et de son avant-bras était dure.

La malade croit se rappeler que les lésions se sont étendues progressivement. Au moment de l'accouchement, les lésions avaient la même étendue qu'aujourd'hui.

Depuis la mort de son enfant, elle a maigri beaucoup et a remarqué que les placards scléreux sont moins durs qu'autrefois. — Elle déclare avoir été toujours plus forte du bras gauche que du droit.

Elle a constaté l'apparition de la plaque brune qu'elle présente sur l'abdomen en même temps que celle du bras.

Etat actuel. — Une large bande scléreuse occupe la partie externe du membre supérieur. La peau y est brillante, offre sur quelques points seulement de la périphérie une très légère teinte rose. A la partie centrale la surface est un peu irrégulière.

Sur le bras, la plaque est plus large au niveau du deltoïde dont elle atteint l'insertion supérieure se rétrécit jusqu'au coude pour s'élargir un peu à la partie supérieure de l'avant-bras. A l'avant-bras, elle offre par places une teinte brunâtre, irrégulière. La consistance est particulièrement marquée à la partie moyenne et diminue sur les bords.

Sur la face dorsale du premier espace intermétacarpien, sur le bord interne de la première phalange du pouce on trouve un placard violacé tirant sur le brun.

A ce niveau, la peau est un peu épaissie moins souple que du côté droit. Il semble y avoir là un certain degré de sclérose qu'on retrouve à un moindre degré sur le bord externe de la première phalange de l'index. Cet épaississement d'après la malade a précédé les lésions du bras et peut être attribué au travail des champs.

Le reste du membre supérieur ne présente aucune lésion.

Sur la partie externe de la fosse sous-épineuse, la plaque du bras se prolonge sous la forme d'une tache légèrement rosée avec exagération des follicules pileux; et augmentation de la consistance.

Le bord postérieur de l'aisselle est le siège d'une infiltration scléreuse qui s'étend sur la région sous-épineuse, sous la forme d'une plaque déprimée violacée, rappelant la couleur des taches bleues.

En dedans de cette plaque petits points violacés prolongeant sa direction.

Au-dessous de l'aisselle une plaque de même apparence, sans augmentation de consistance, qui était très dure autrefois.

Au-dessous du sein et en dehors, jusqu'au niveau de la ligne axillaire postérieure autre plaque semblable un peu épaissie.

Sur la partie supérieure de la paroi abdominale et croisant le bord des fausses côtes, une grande plaque dont la partie supérieure légèrement violacée est limitée par une ligne oblique en bas et en avant; la partie inférieure plus étendue est très pigmentée, elle ne dépasse pas en arrière une ligne passant par l'épine de l'omoplate, en avant elle est limitée par la ligne médiane. Il existe à la surface de cette plaque de petites cicatrices blanches, consécutives à l'application de teinture d'iode.

La malade porte également des lésions de sclérodermie sur les membres inférieurs; ces lésions n'ont pu être décrites faute de temps; depuis, la malade malgré les recommandations qui lui avaient été faites, ne s'est pas représentée dans le service, par suite notre observation se trouve nécessairement incomplète.

Si l'on veut répartir suivant des territoires nerveux les lésions de sclérodermie qui frappent l'épaule, le bras, l'avant-bras et la main de cette malade, il faut admettre que

les nerfs : circonflexe, radial et musculo-cutané ont été frappés.

Si l'on veut bien se reporter aux schémas de Head, ces localisations s'expliquent par des lésions siégeant au niveau des 7° et 8° segments cervicaux.

Quant aux autres plaques de sclérodermie, et notamment celle qui siège au niveau de l'abdomen, leurs limites supérieure et inférieure ne sont pas décrites d'une façon suffisamment exacte pour nous permettre de rapporter les lésions à tel et tel neurone. Toutefois la limite supérieure des lésions croise le bord des fausses côtes, ce qui est peu en rapport avec le trajet d'un nerf intercostal, et s'explique mieux par la théorie métamérique.

OBSERVATION VII.

Sclérodermie en plaques. — Observation IX de la thèse de ²COLLIN, 1896, page 45.

Correspond aux quatre derniers segments cervicaux.

Blanche L..., âgée de 9 ans. N° 17 de la salle Gibert, hôpital Saint-Louis, service de M. Besnier.

Le père est en bonne santé, âgé de 35 ans.

La mère est bien portante, âgée de 32 ans.

Elle a eu douze enfants, 5 sont encore bien portants, 7 sont morts, dont 3 de méningite. Elle a fait de plus trois ou quatre fausses couches au commencement du mariage.

L'enfant qui fait le sujet de l'observation est la 10° de la famille elle a été nourrie par sa mère, et n'a jamais été malade. Elle a eu seulement la rougeole, pas de gourme, pas de convulsion ; elle est sujette à de fréquents maux de tête.

Début. — L'affection qui l'amène à l'hôpital a débuté au mois d'avril 1884. A cette époque il y aurait eu un gonflement de l'épaule gauche, et des deux doigts index et médius. Au bout de quelques jours, cette

tuméfaction disparut et fut remplacée par une induration de la peau.

Il y a 6 mois que l'affection s'est étendue de l'épaule au coude, et depuis quatre mois, elle est descendue du pli du coude au poignet. C'est depuis cette époque que l'enfant ne peut étendre complètement l'avant-bras sur le bras. Au dire des parents, l'enfant n'a jamais aucunement souffert, et si le début n'avait été marqué par de la tuméfaction de l'épaule et des doigts, il aurait passé inaperçu.

Etat actuel. — Les lésions sont nettement limitées, elles s'étendent, sous forme d'une bande dure, brun jaunâtre rétractée, de l'épaule aux trois premiers doigts du membre supérieur gauche.

A l'épaule, on voit une plaque qui occupe tout le moignon, c'est-à-dire : en arrière toute la fosse sus-épineuse, et une partie de la fosse sous-épineuse, dans une étendue de deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate ; en haut, la partie supérieure de l'épaule presque jusque la base du cou ; en avant elle s'étend dans la région sus-claviculaire, embrasse la clavicule dans son tiers externe, et descend à deux centimètres au-dessous.

Née de ces différentes régions, la plaque se rétrécit, prend une forme de ruban allongé, parcourant le bras, le pli du coude, l'avant-bras, pour venir se perdre dans les trois premiers doigts.

Au bras, cette surface rubannée est située à l'union des parties antérieure et externe du bras.

Au coude, elle occupe nettement le côté externe de ce pli. A l'avant-bras elle longe le bord externe du radius pour gagner ensuite la face antérieure du poignet dans son tiers externe, et de là s'étendre sur la face dorsale de la première phalange du médius, comme si elle suivait en ces derniers points la distribution du nerf radial.

Tel est le tracé topographique de la lésion.

Si l'on s'en tenait aux lésions qui occupent le bras, l'avant-bras et la main, on pourrait, à la rigueur, dire comme la plupart des auteurs, que ces lésions correspondent au trajet du nerf radial. Pour peu que l'on lise avec quelque soin cette description, ou mieux que l'on consulte

le moulage n° 1055 du musée de l'hôpital St-Louis, on verra que même pour le bras, les lésions ne se localisent pas au seul territoire du radial, elle empiète en effet sur le trajet du nerf circonflexe. A l'épaule on voit les plaques de sclérodermie s'étaler jusque la base du cou, en arrière, abandonner par conséquent les territoires innervés par les nerfs provenant du plexus brachial pour gagner ceux qui sont sous la dépendance des nerfs du plexus cervical ; en avant enfin les lésions s'étendent jusqu'à deux centimètres au-dessous de la clavicule et viennent sur le territoire des premiers nerfs intercostaux.

La théorie métamérique nous permet de rapporter toutes ces altérations à une lésion, s'étendant du quatrième au huitième segment cervical.

OBSERVATION VIII.

Sur une sclérodermie en bandes limitée à la sphère de distribution du brachial cutané interne. — HALLOPEAU, *Société de dermatologie* (in *Annales*, 1895, p. 22).

Correspond au 1^{er} et au 2^e segments dorsaux.

Les lésions occupent la partie postéro-interne du membre supérieur gauche, depuis le quart inférieur de l'avant-bras jusqu'à l'aisselle ; elles sont ainsi limitées à la sphère de distribution du nerf brachial cutané interne. En dehors de cette localisation exceptionnelle, ce fait est intéressant par les particularités suivantes : la maladie a débuté par une plaque qui s'est développée au milieu de l'avant-bras, ce n'est qu'au bout de plusieurs mois qu'elle s'est étendue à presque toute la hauteur du membre, si comme il est très vraisemblable, il s'agit d'une trophonévrose, on peut dire que les différents filets du nerf n'ont été intéressés que successivement.

D'autre part les débuts et les progrès de la maladie ont donné lieu à des dysesthésies consistant en des fourmillements et des élancements

comparables à des coups de canif, nouveau signe en faveur de sa nature nerveuse.

Enfin l'on constate, actuellement, une diminution très notable de la sensibilité au contact et à la douleur dans les parties sclérosées, il n'en est généralement pas ainsi.

Les parties érythémateuses et sclérosées sont entremêlées ; nulle part on ne voit de lésions en plaques régulièrement arrondies ou ovales ; aussi malgré l'existence par places d'un (lilac ring) manifeste, cette sclérodermie paraît-elle devoir être distinguée de la morphée.

La malade n'a jamais quitté la France ; rien ne peut faire soupçonner chez elle une lèpre indigène.

Ces fourmillements, ces élancements en coup de canif que l'auteur invoque en faveur de la nature nerveuse de la sclérodermie, nous les retrouvons chez le malade qui fait le sujet de notre observation V, et ici nous partageons absolument l'avis de M. Hallopeau. mais où nous nous séparons de lui, c'est dans la localisation des lésions. Celles-ci occupent, dit-il, la partie postéro-interne du membre supérieur gauche, depuis le quart inférieur de l'avant-bras jusqu'à l'aisselle ; elles sont ainsi limitées à la sphère de distribution du nerf brachial cutané interne. Si nous ouvrons n'importe quel traité d'anatomie où sont figurés les territoires nerveux, nous voyons que ces lésions ne sont pas limitées seulement à la sphère de distribution du nerf brachial cutané interne, mais qu'à la partie supéro-interne du bras, au niveau de l'aisselle, elles correspondent au territoire du nerf accessoire du brachial cutané interne. Ce nerf accessoire ne doit être nullement confondu avec le nerf brachial cutané interne ; tandis que ce dernier se détache de la racine interne du nerf médian, le nerf accessoire du brachial cutané interne tire son origine du cordon

nerveux qui est formé par la réunion de la dernière cervicale et de la première dorsale.

Dans de telles conditions, ne paraît-il pas plus logique d'admettre une lésion non pas disséminée sur plusieurs nerfs, mais simplement localisée au niveau de deux segments métamériques voisins, ou sur des filets anastomotiques que ces segments échangent entre eux. Dans ce cas, ce seraient les deux segments dorsaux qui seraient touchés.

Dans une leçon récente, M. Brissaud a exposé la pathogénie du processus sclérodermique en général qu'il rapporte à une origine métamérique. Ses conclusions visent plus encore la sclérodermie généralisée que ses formes localisées.

Nous sommes heureux d'apporter à l'appui de la thèse brillamment soutenue par ce savant neurologiste des documents cliniques qui la confirment d'une façon absolue et ont, croyons-nous, plus de valeur encore que les faits de sclérodermie généralisée. Dans les cas que nous avons étudiés, l'origine métamérique nous paraît être écrite en toutes lettres sur les schémas reproduisant les lésions.

CONCLUSIONS

De l'étude de nos observations nous pensons pouvoir déduire que :

1° S'il est des cas de sclérodémie localisée dont les lésions correspondent à des trajets ou à des départements anatomiques connus, ou encore à un territoire de nerf radiculaire (cas de S. West), il en est d'autres dont la topographie ne répond ni à ces territoires nerveux, ni à la répartition du système vasculaire normal.

2° La théorie métamérique nous permet d'interpréter ces faits, et nous rend compte de la localisation de ces lésions.

3° Ces cas relèvent très probablement d'une altération matérielle, ou d'un trouble permanent limités à tel ou tel métamère, soit du grand sympathique, soit de l'axe médullaire.

Vu :

Le Président de la thèse,
HUTINEL.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Sclérodermie (1).

- Addison.** — *Medico chirurgical transactions*, 1854, vol. 37, p. 40.
- Aubert.** — *Lyon médical*, 1885, p. 86.
- Barthélemy.** — *Annales de dermat. et de syph.*, 1884, t. II, p. 163.
- Besnier.** — *Annales de dermat. et de syph.*, 1880, p. 83.
— *Traité de Kaposi*. Notes, vol. 2.
- Bienvenot.** — Thèse de Paris, 1875.
- Bouttier.** — Thèse de Paris, 1886-1887.
- Brault.** — *Annales de dermat. et de syph.*, 1891, p. 777.
- Collin.** — Thèse de Paris, 1886, p. 45 et 50. Pièce n° 1055 du musée de l'hôpital Saint-Louis.
- Corlett.** — Un cas de sclérodermie circonscrite. *Journal of cut. and genito-urin. diseases*, février 1894, p. 62.
- Crocker.** — *Transactions of clinical Society*, 1880.
— *Atlas de dermatologie*, 1^{er} vol.
— *Lancet*, 1885.
- Despagnet.** — Plaque de sclérodermie du bord ciliaire. *Soc. d'ophtal.*, 5 avril 1895.
- Dinkler.** — *Deutsche Archiv. für medic. klinik*, 1891.
- Dor.** — Sclérodermie du pavillon de l'oreille. *Lyon médical*, 20 juin 1895, p. 85.
- Dove M. Calman.** — *Glasgow medical journal*, 1884, p. 10, 239 et 221.
- Dyce-Duckworth.** — *Transact. of the pathol. Soc. of London*, 1880.
- Ehrmann.** — *Wiener klin. Wochenschrift*, 1896; p. 158.
- Erben.** — *Vierteljahrsschr. für Derm. und Syphil.*, 1888.
- Ernan.** — *Société viennoise de dermatologie*, 1894.

(1) Une bibliographie très complète des cas de sclérodermie cités avant l'année 1892 a été faite par WOLTERS in *Archiv. für Dermatology und Syph.*, 1892, p. 943, nous prions le lecteur de vouloir bien s'y reporter ; pour nous, nous ne citons ici que la liste des auteurs que nous avons consultés.

- Fournier.** — Sclérodémie en plaque du cuir chevelu. *Annales de dermat. et de syph.*, 1889, p. 330.
- Friedheim.** — *Deutsche med. Wochensch.*, 1895.
- Francke.** — Thèse de Bonn, 1892.
- Galloway.** — Linear sclerodermia. *British journal of dermat.*, mai 1896, p. 180.
- Gastou.** — *Annales de dermat. et de syph.*, mai 1897, p. 451.
- Gaucher.** — *Manuel de médecine* (Brouardel, Gilbert et Girode). Malad. de peau, t. III.
- Gibney.** — *Archiv of Dermatology*. Philadelphie, 1876.
- Graham.** — *Arch. of. Dermat.* New-York, 1881, p. 30.
- Harley.** — *Medic. chirurg. transactions*, 1878, p. 101 et 113.
- Herzfeld.** — Thèse Göttinger, 1889.
- Hoffa.** — *Münch. med. Wochenschrift*, 30 août 1892.
- Horteloup.** — Thèse 1865.
- Jenselme.** — Art. Sclérodémie. *Manuel Debove et Achard.*, 4^e vol.
- Kaposi.** — *Traité des maladies de peau*.
- Leisrink.** — *Deutsche Klinik*, 1869, nos 4 et 6.
- Marrotte.** — *Union médicale*, 1872, p. 505.
- Marianelli.** — *Giornale italiano delle malatt. ven. et de. pelle*, juin, septembre 1895.
- Marby.** — Th. de Toulouse, 1896-1897.
- Montesano.** — *Riforma medica*, 1896, p. 543, 555, 567.
- Neumann.** — *Wiener medical Presse*, 1872.
- Nixon.** — Sclérodémie, hemiatrophie de la face et des membres. *Dublin Journal of med.*, février 1891.
- Pautry.** — Thèse de Paris, 1883.
- Prince A. Morrow.** — *Journal of cutan and genito-urin. diseases*, 1896.
- Peligaëus.** — *Gaz. hebdom.*, 25 février 1897, p. 190.
- Rille.** — Alopecie et sclérodémie. *Semaine médicale*, 15 juin 1895, p. 266.
- Sangster.** — *Medical Times and Gaz.*, 1879.
- Simpson.** — *British. medical Journal*, 1884, p. 1089.
- Thibierge.** — *Traité de médecine* (Charcot et Bouchard). Maladies de la peau. Art. Sclérodémie, p. 438, t. II.
- West.** — Sclérodémie correspondant au 3^e segment lombaire de Head. *British journal of dermat.*, octobre 1896, p. 443.
- Wolters.** — *Archiv für Dermat. und Syph.*, 1892, p. 695 et 943.
- Wilson.** — *Journal of cut. diseases*, 1869, p. 195.

Métamérie.

- Achard.** — *Société médicale des hôpitaux*, 5 mars 1896.
- Ballet G.** — Etude sur le champ de distribution cutanée de chacune des racines postérieures. *Bulletin médical*, 1896, n° 96, p. 904.
- Brissaud.** — Le zona du tronc et sa topographie. *Bulletin médical*, 8 et 26 janvier 1896. *Presse médicale*, 11 janvier 1896.
- Pathogénie du processus sclérodermique. *Presse médicale*, 23 juin 1897, n° 54, p. 285.
- Chipault et Demoulin.** — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1895.
- Dohrn.** — Studien zur Urgeschichte des Wirbelthierkörpers. *Mittheil. aus der zoolog. Station zu Neapel*.
- Dugès.** — *Mémoire sur la conformité organique dans l'échelle animale*, 1832.
- *Traité de physiologie comparée de l'homme et des animaux*, 1840.
- Hallopeau et Weil.** — Nævi métamériques. *Annales de dermat. et syphil.*, 1890, p. 483.
- Head.** — On disturbance of sensation with special references to the pain of visceral disease. *Brain*, 1893-1894, p. 382.
- Hertwig.** — *Manuel d'embryologie*.
- Houssay.** — Etudes d'embryologie sur les vertébrés. *Archives de zoologie expérimentale et générale*, 1890, p. 187.
- Marinesco.** — Lettre de Londres. *Semaine médicale*, juin 1896, p. 259.
- Moquin-Tandon.** — *Monographie de la famille des Hirudinées*, 1826.
- Mitrophanow.** — Etude embryogénique sur les sélaciens, *Archives de zoologie expérimentale et générale*. Tirage à part, p. 164.
- Remak.** — *Untersuchungen über die Entwicklung der Wirbelthiere*. Berlin, 1850-1855.
- Allen Starr.** — *Brain*, 1895.
- Thorburn.** — *Brain*, 1894.

Imp. G. St-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, St-Dizier (Hte-Marne).
